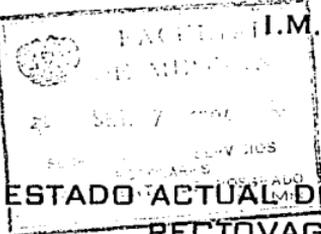




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL LUIS CASTELAZO AYALA
I.M.S.S.

131
2e)



ESTADO ACTUAL DE LAS FISTULAS
RECTOVAGINALES



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. MARCO A. ^{ANTONIO.} PAREDES GONZALEZ

COORDINADOR: DR. SEBASTIAN IRIS DE LA CRUZ



IMSS

Handwritten signature



MEXICO, D. F. TESIS CON
FALLA DE ORIGEN 1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL LUIS CASTELAZO AYALA

DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

TESIS

ESTADO ACTUAL DE LAS FISTULAS RECTOVAGINALES

AUTOR

DR. MARCO ANTONIO PAREDES GONZALEZ

DIRECTOR DE TESIS

DR. SEBASTIAN IRIS DE LA CRUZ ^{Vo}₃₀

1994

DEDICATORIA

A mis padres, Lucho y Chela, que con amor y dedicación supieron guiarme por el buen camino.

A mis hermanos, Coco, Lucho y Maricarmen, por su apoyo constante a lo largo de mi carrera.

A María Lorena y Andrea Paola, que llenaron de felicidad y alegría mi corazón.

AGRADECIMIENTO

A la familia Zorrilla Castruita, que me brindaron su amistad y afecto.

A mis compañeros, que juntos logramos un objetivo, y que ahora conformamos una familia.

A mi maestro, Dr. Sebastián Iris de la Cruz, formador invaluable de médicos residentes.

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Material y métodos	7
Resultados	8
Técnicas quirúrgicas	11
Conclusiones	14
Bibliografía	17
Gráficas	21

RESUMEN

Pacientes con diagnóstico de fístula rectovaginal, atendidas en el Módulo de Cirugía Ginecológica en el Hospital Luis Castejo Ayala, en el período comprendido entre enero de 1987 a diciembre de 1993, fueron estudiadas retrospectivamente. Se incluyeron todas las pacientes cuya probable etiología fue resultado de complicación de un procedimiento gineco-obstétrico.

De las 17 pacientes, la mayor incidencia ocurrió en el grupo con edades comprendidas entre los 21 a 30 años (52.94%), es decir, en la etapa reproductiva, presentando como síntoma principal la eliminación de flatos por vagina y salida de heces por vagina (88.23% y 58.82%) respectivamente. Se llegó al diagnóstico mediante observación directa (82.35%) y por enema de colon. Todas las fístulas fueron bajas y en 64.70% fueron menores de 0.5 cm de diámetro. En 10 pacientes (58.82%) fue complicación postparto, 4 pacientes (23.53%) post cirugía vaginal, el resto fue desconocida su causa. Hubo diferentes esquemas de manejo pre y postoperatorio que no influyeron significativamente en las recidivas. Se realizó 4 técnicas de reparación con recidiva en 3 (11.76%) pacientes.

El éxito del manejo (88.24%) indica que tanto el diagnóstico temprano como el manejo de estas pacientes, fue el adecuado y que la elección de la técnica quirúrgica dependerá del cirujano que intervenga.

INTRODUCCION

Las fístulas rectovaginales son poco frecuentes en la actualidad, probablemente debido a la mejor atención gineco-obstétrica. Las fístulas rectovaginales corresponden a menos de 5 por ciento de las fístulas anorrectales. (14,21,31)

La etiología es múltiple: lesiones obstétricas, sobre todo los desgarros completos del perineo con parcial curación, lesiones en intervenciones ginecológicas, como operaciones vaginales o en cirugías oncológicas, lesiones como abscesos o en carcinomas avanzados o postradioterapia. Además hay que mencionar como factor etiológico a las enfermedades inflamatorias del intestino. En ciertas ocasiones la etiología es una malformación congénita. En casi todas las series las lesiones obstétricas causan la mayor parte de las fístulas rectovaginales. (1,6,12,16,18,19,21,23,24,26,29,32,33,34,35,36,40,43,55,59,60)

Los síntomas dependerán de la localización, tamaño y causa, de la percepción y tolerancia del trastorno por parte de la paciente. Entre los vaginales se incluyen flujo con olor fecal, vaginitis recurrente y eliminación de flatos o heces por vagina. En algunos casos las características más notables pueden ser los sin tomas rectales de incontinencia fecal por lesión concomitante del esfínter o diarrea, sangre o moco por el estado patológico subyacente. <33,48,52>

La exploración es esencial para confirmar la presencia de la fístula, determinar su tamaño y localización, valorar el estado del esfínter anal, excluir fístulas en otros órganos y buscar signos de una enfermedad subyacente. En ocasiones es necesario practicar estudios auxiliares para delinear la fístula y excluir otra patología. Es así que se puede utilizar fistulogramas y va ginogramas con medio de contraste, enema de bario, pielogramas intravenosos y los procedimientos endoscópicos. (3,5,10,11,13,20,28,31,35,46,47,52,54,64)

Las fístulas pueden clasificarse según su localización, tamaño y causa. Según su localización pueden ser simples o complejas. Las primeras se localizan en la parte baja del tabique rectovaginal, su diámetro es menor o igual a 2.5 cm y generalmente son de origen infeccioso o traumático. Las segundas se localizan en la parte alta del tabique rectovaginal, su diámetro es mayor de 2.5 cm y su etiología es inflamatoria, radiación o neoplásica. (7,14, 25,41,49,51,57)

Según el tamaño Daniels la clasifica como pequeña si es menor de 0.5 cm, mediana si tiene entre 0.5 a 2.5 cm y grande si es mayor de 2.5 cm. En la mayoría de las fístulas el tamaño es menor de 1 a 2 cm. (16,32,52)

Según la causa como se mencionó anteriormente, puede ser congénita, traumática, infecciosa, inflamatoria, radiación, neoplásica y hematológica, diversas y desconocidas. (2,9,37)

La técnica de reparación puede llevarse a cabo por vía abdominal, vaginal, rectal, perineal, transesfinteriana, transsacra o combinadas, dependiendo de la localización de la fístula y de la habilidad del cirujano. (4,8,30,39,44,45,56). La posibilidad de una cicatrización espntanea o no quirúrgica de una fístula depen de de su causa y en menor grado del tamaño e influirá en la planeación de una reparación quirúrgica. (13,16,41)

Es importante hacer énfasis en los principios del manejo de la fístula, que sin son observados, llevarán al éxito de la técnica operatoria. (47). Estos son:

1. Al tiempo de reparar la fístula, los tejidos con granulación, infección y edema, deben ser mínimos.
2. La corrección debe interrumpir el trayecto fistuloso.
3. La reparación deberá hacerse con cuidado, no dejando tensos los tejidos y de ser posible, interponiendo tejido entre la pared rectovaginal.
4. Resección del trayecto fistuloso epitelizado.
5. Cierre de los tejidos en más de una capa.
6. Interposición de los tejidos con tejido vascularizado.
7. La parte vaginal de la fístula puede dejarse abierta y se pue de colocar drenajes.

8. Manejo adecuado del intestino.

Por lo tanto, en caso de tratarse de una fístula traumática habrá que esperar hasta 6 meses del evento, y en las fístulas por radiación hasta un año. (23,26)

En las reparaciones transabdominales se recomienda preparar el intestino con aseo mecánico y antibióticos bucales no absorbibles aunque es menos esencial cuando la vía operatoria es otra, se recomienda utilizarlos. (26,34,41,42)

En cuanto a la técnica de reparación esta es muy variada, siempre teniendo en cuenta el origen de la fístula y el nivel de su localización. Es así que existen diferentes métodos como: fistulotomía y drenaje, conversión a desgarró perineal, inversión de la fístula, extirpación de la fístula con cierre por capas (por vía vaginal, rectal, perineal, transesfinteriana), avanzamiento de colgajos por deslizamiento, reparaciones transabdominales con conservación del esfínter, con y sin resección intestinal, resecciones sacrificando el esfínter, colostomía, colpocleisis. (15, 17,22,27,30,38,50,53,61,62,63,65)

Debido a la sintomatología que presentan estas pacientes, el tratamiento quirúrgico está indicado. No importa el tipo de reparación que se utilice, lo importante es seguir los lineamientos quirúrgicos de disección suave, movilización total, extirpación del intestino enfermo o del trayecto fistuloso y aposición precisa de los tejidos sanos sin tensión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuál es el estado actual de las fístulas rectovaginales?

OBJETIVOS

1. Determinar la causa más frecuente de ésta patología.
2. A que nivel se producen con mayor frecuencia las fístulas rec
tovaginales.
3. Métodos diagnósticos más utilizados.
4. Qué técnica de reparación es la más usada.
5. Evaluar el éxito de la cirugía.
6. Porcentaje de recurrencias.
7. Tener estadística sobre el problema.
8. Determinar si los procedimientos realizados son los adecuados.
9. De ser posible, fijar normas en cuanto al manejo de las pa-
cientes.

MATERIAL Y METODOS

Se tomarán datos de expedientes clínicos por medio de formularios, de pacientes afiliadas al I.M.S.S. del Hospital de Gineco-obstetricia Luis Castelazo Ayala, con diagnóstico de fístula rectovaginal y atendidas en el Módulo de Cirugía Ginecológica, entre el período comprendido entre enero de 1987 a diciembre de 1993.

Se tomarán en cuenta los siguientes puntos: edad, paridad, fecha de diagnóstico, fecha de tratamiento, procedimiento diagnóstico, nivel de la fístula, tamaño de la misma, etiología aparente, enfermedades asociadas, días de hospitalización, manejo pre y postoperatorio, cirugía realizada, recidivas o complicaciones del tratamiento. laboratorio y gabinete.

Se realizará método estadístico a base de gráficas de barras.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Toda paciente con fístula rectovaginal como complicación de un procedimiento gineco-obstétrico o de origen congénito.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

1. Pacientes con fístula rectovaginal cuya etiología sea de tipo inflamatorio intestinal, post-traumática, a consecuencia de un acto quirúrgico no gineco-obstétrico y postradioterapia.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes que no hayan tenido un seguimiento.

Este estudio es observacional, longitudinal, retrospectivo, abierto, descriptivo y no controlado.

RESULTADOS

La edad más frecuente de aparición de la fístula rectovaginal se observó en el grupo de pacientes de 21 a 30 años (9 pacientes), es decir en el 52,94%. (Gráfica 1).

Las gestas no influyeron de manera especial en algún grupo, presentándose con mayor frecuencia en las pacientes que presentaban 3 o más gestaciones. (Gráfica 2)

Evidentemente la sintomatología fue muy variada, siendo la de mayor importancia la eliminación de flatos por vagina en 15 pacientes (88.23%), seguida de salida de heces por vagina en 10 pacientes (58.82%), leucorrea o fetidez en 8 (47.05%). Además presentaron prurito vaginal, incontinencia fecal, dolor y rectorragia. (Gráfica 3).

En cuanto al diagnóstico de la fístula, la visualización directa de la misma por el observador, sin utilización de métodos auxiliares, fué el método que con mayor frecuencia se realizó, en 14 pacientes (82.35%). Solamente en 3 pacientes se realizó enema de colon con bario. (Gráfica 4)

La totalidad de las fístulas se localizaron en el segmento inferior del tabique rectovaginal. (Gráfica 5)

El 64,70% (11 pacientes) de las fístulas fueron pequeñas, es decir menores de 0.5 cm de diámetro. Hubo 4 pacientes (23.52%) que presentaron tamaño mediano de la fístula, es decir de 0.5 a 2.5 cm y 2 pacientes (11.78%) que tuvieron fístulas mayores. (Gráfica 6).

En el 82.35% de los casos la causa de la fístula estuvo en relación directa con un procedimiento gineco-obstétrico, siendo estos en 10 casos (58.82%) posterior a la atención del parto y 4 pacientes (23.53%) postoperadas de plastia vaginal posterior. (Gráfica 7). Cabe mencionar que la aparición de la fístula en las pacientes que la presentaron después del evento obstétrico se presentó entre la primera y sexta semana del mismo. En 3 pacientes hubo aplicación de fórceps y en una paciente se reparó en el momento de hacer episiotomía, una fístula antigua.

Doce de las pacientes fueron sanas, presentando dos pacientes hi

pertensión arterial sistémica y dos diabetes mellitus, padecimientos que en el momento de la cirugía estuvieron controlados. Solamente en una de estas pacientes se presentó recidiva posteriormente. Una de las pacientes presentaba una malformación congénita a nivel distal (cloaca) para lo cual había sido intervenida en dos ocasiones previas con falla en los resultados. (Gráfica 8).

El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento varió de uno a cuatro meses aproximadamente. (Gráfica 9)

En 11 pacientes (64.70%) el manejo preoperatorio consistió, en la noche previa a la cirugía, en aseo vaginal con aplicación de óvulo de metronidazol y enema evacuante a las 22h00 y 6h00. En, 3 pacientes (17.65%) se administró metronidazol vía oral y vaginal durante 10 días previos a la cirugía. En 2 pacientes (11.76%) se administró neomicina más eritromicina y dieta baja en residuos siete días previos a la intervención. En una paciente se administró trimetropin sulfametoxazol (5.89%). (Gráfica 10).

Cabe mencionar que las tres pacientes que recidivaron se incluyen en el primer grupo antes mencionado.

La cirugía que con mayor frecuencia se realizó fue la fistulectomía más plastía vaginal posterior (47.05%). Hubo 5 fistulectomías (29.41%), 3 operaciones de Noble-Mengert-Fish (17.65%) y una reparación del defecto del tabique rectovaginal más esfinteroplastia (5.89%). (Gráfica 11). Las recidivas se presentaron en este último caso, en una de las pacientes operadas con la técnica de Noble-Mengert-Fish y en una fistulectomía más plastia vaginal.

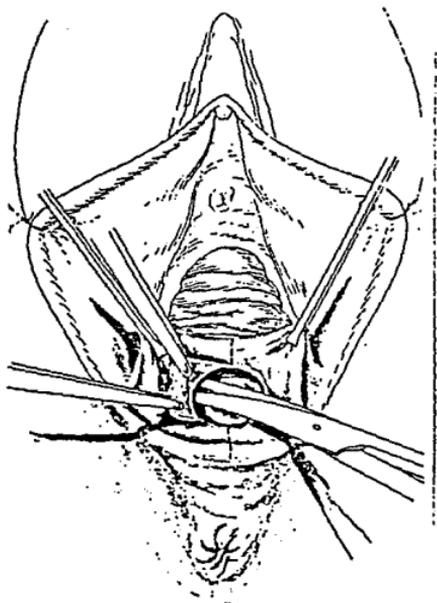
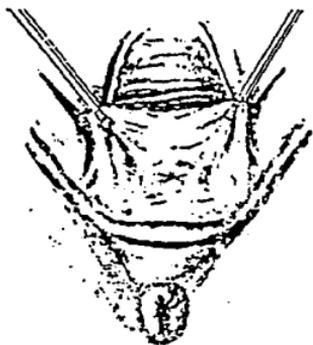
En 6 pacientes (35.30%) se utilizó metronidazol vía oral en el postoperatorio, en 3 pacientes se utilizó metronidazol VO, cloramfenicol IV y dieta baja en residuos, trimetropinsulfametoxazol en 2 pacientes y 1 paciente utilizó neomicina, otra ciprofloxacina y otra metronidazol más ceftazidima más dieta baja en residuos. (Gráfica 12). De las pacientes que recidivaron una utilizó ciprofloxacina, otra el esquema de metronidazol mas cloramfenicol y dieta y la otra paciente metronidazol.

Hubo 3 (11.76%) de recidivas, dos de las cuales presentaron desgarramiento perineal completo y una con fístula rectovaginal. (Gráfica 13)

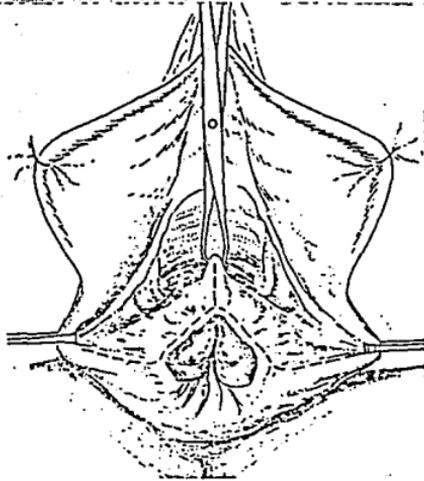
La paciente que recidivó por alteración del tabique rectovaginal tenía 20 años, su evento obstétrico último fue 3 meses antes de acudir a la consulta y se le practicó la reparación del defecto con esfinteroplastia. El seguimiento posterior de la paciente en la consulta mostró recidiva de su problema y se sugirió la práctica de injerto más plastia vaginal más colocación de molde vaginal. Dos años después de su cirugía que fracasó, la paciente es intervenida quirúrgicamente por presentar embarazo de 38 semanas óbito más desprendimiento prematuro de placenta. Otra de las pacientes con recidiva tenía 69 años al momento del diagnóstico, fue intervenida de Pereyra más colpo anterior y posterior cuatro meses antes, estuvo en el grupo de pacientes que recibió manejo operatorio a base de aseo vaginal, óvulo metronidazol, enema evacuante y ciprofloxacina. A esta paciente se le realizó la técnica u operación de Noble-Mengert-Fish. La última paciente que recidivó fue una paciente de 23 años que su fístula apareció posterior a un parto distócico y a la que se le practicó fistulectomía y plastia vaginal posterior.

El tiempo de hospitalización varió de 3 a 6 días. (Gráfica 14)

La aparición de las recidivas fue en la primera semana posterior al evento quirúrgico.

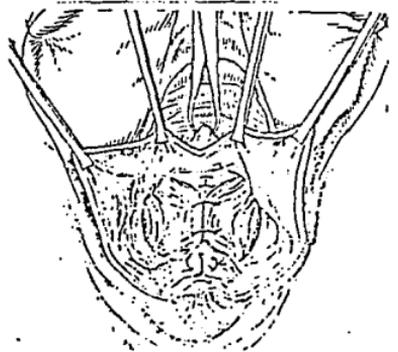
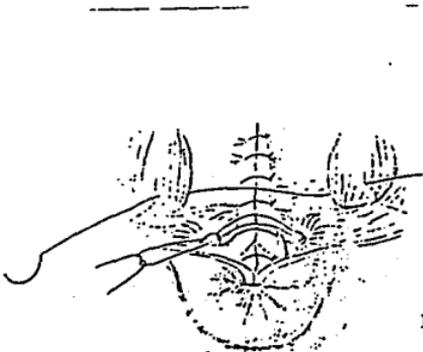
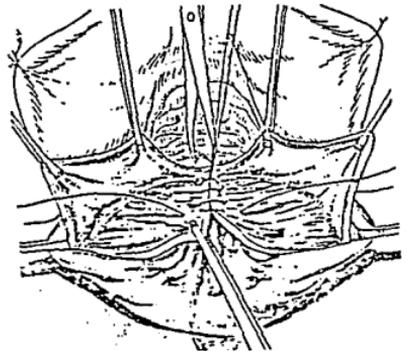
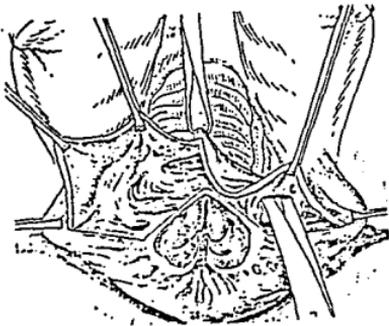


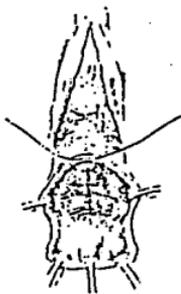
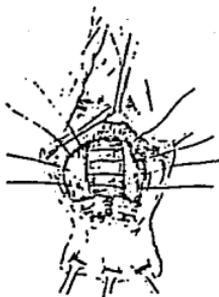
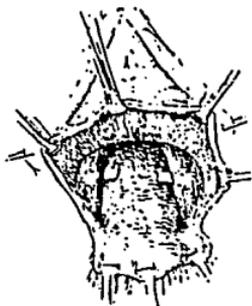
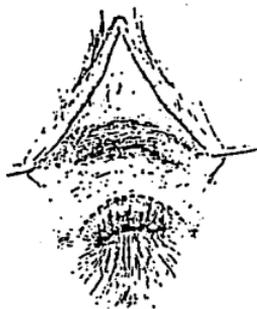
FISTULECTOMIA



REPARACION DE FISTULA
RECTOVAGINAL BAJA

PLASIA POSTERIO Y
ESFINTEROPLASIA





OPERACION DE NOBLE-MENGERT-FISH

CONCLUSIONES

Evidentemente las fístulas rectovaginales como complicación posterior a un evento gineco-obstétrico, ha disminuido notablemente aunque la selección de pacientes pertenece a un servicio del hospital, el número de pacientes por año es de aproximadamente 2.42. Este tipo de patología muchas veces es manejada por cirujanos generales, por lo que no podemos determinar exactamente la frecuencia de ésta patología.

Definitivamente la causa principal en la formación de éste tipo de fístulas sigue siendo la obstétrica, posterior a la atención del parto, por lo que el período de edad reproductiva es donde con mayor frecuencia se presenta.

Como se mencionó anteriormente, se confirma que el nivel donde se localiza con mayor frecuencia la fístula es en la parte baja del tabique rectovaginal, y la mayoría de las veces es de tamaño pequeño, es decir menores de 0.5 cm. Los síntomas por los cuales las pacientes acuden son diversos, pero la eliminación de flatos por vagina y la salida de heces por la misma son los que predominan.

Entre los procedimientos diagnósticos la visualización directa es el principal parámetro para el diagnóstico de la fístula, dejando únicamente al enema de colon con bario, como alternativa diagnóstica.

En cuanto a las enfermedades asociadas, éstas no constituyen un factor predisponente para la patología, ni complicaron la evolución de las mismas mientras las pacientes estuvieron controladas de la enfermedad.

La técnica que con mayor frecuencia se utilizó fué la fistulectomía más plastia vaginal posterior y la fistulectomía simple, realizando la primera de ellas en caso de presentar la paciente prolapso de la pared vaginal.

En el Servicio se utilizan pocas técnicas de reparación, siendo el éxito de la cirugía muy importante, puesto que de los 3 casos

que recidivaron, uno de ellos era predecible, puesto que era una paciente con malformación congénita a nivel del tabique rectovaginal y requería otro tipo de cirugía reconstructiva.

En cuanto a la preparación de las pacientes, notamos que prácticamente no recibieron un manejo intestinal con antibióticos previo al evento quirúrgico, que comparado con el éxito de la cirugía obtenido, confirma lo que determinados autores mencionan de que cuando la vía de abordaje es abdominal si se requiere éste tipo de preparación. La utilización de antibióticos se llevó a cabo posterior a la cirugía.

Se determinó así mismo, que el manejo de ésta patología en el Servicio es rápida y la resolución adecuada, teniendo en cuenta que para la realización de la corrección se necesita que la herida cicatrice.

El tiempo de estancia hospitalaria tuvo un promedio de 4 días, que en cierta forma estaría dado por el manejo adecuado de enfermedades asociadas y por cuidados postoperatorios.

Como podemos apreciar, el volumen de pacientes con fístula rectovaginal, es mínimo, quizá por la adecuada técnica de atención del parto, recalcando al médico que atiende un parto, que ante la duda de una lesión o desgarró a nivel del esfínter, es mejor ampliar la misma y reparar adecuadamente por planos el desgarró.

En cuanto a la técnica de la plastia posterior, hay que tomar en cuenta que el tejido de éstas pacientes está poco vascularizado y atrófico, por lo que habrá que preparar adecuadamente el tejido previo a la corrección, además de tener precaución al diseccionar el tabique rectovaginal de no profundizar demasiado.

Existen pacientes que no presentaron algún factor causal de la fístula, por lo que en éstas pacientes habrá que hacer estudios exhaustivos para descartar otro tipo de patología, sobre todo inflamatorio intestinal o neoplásico.

Considero así mismo, que las pacientes deberán estudiarse mejor, con otros métodos diagnósticos para cerciorarse de que no coexista otra fístula u otra patología.

Aunque existan innumerables técnicas de reparación, y dada la localización de las fístulas, la técnica más utilizada dependerá del dominio del cirujano, teniendo siempre presente los princi-

pios básicos en la reparación de la fístula.

Como mencioné anteriormente sobre la preparación que deben recibir éstas pacientes, no está por demás llevarla a cabo un día previo a la cirugía mediante la utilización de antibióticos y enemas evacuantes.

Es difícil llevar un seguimiento posterior de éstas pacientes, por múltiples motivos. En lo que respecta a éste estudio, cinco de las pacientes tuvieron un evento obstétrico posterior a la reparación, el resto de las pacientes fueron dadas de alta, con excepción de la paciente con defecto del tabique rectovaginal, que posterior a su evento obstétrico, no acudió a la consulta.

Considero que la atención brindada a éstas pacientes es la adecuada, que únicamente hay que incluir ciertos puntos en el manejo de las mismas y que ya fueron mencionadas, que probablemente habría que hacer un estudio comparativo entre otras formas quirúrgicas de manejo, pero que siempre hay que tener en cuenta que no es la técnica más complicada o más laboriosa la que da éxito, sino la que el cirujano conozca y domine.

BIBLIOGRAFIA

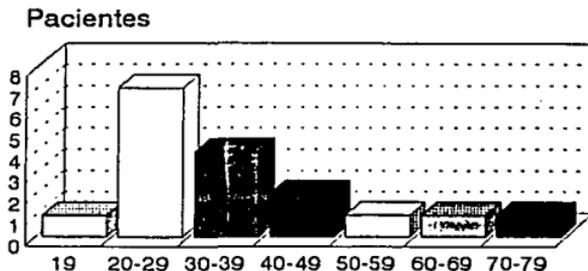
1. Alert J., Jimenez J., Beldarrain L. Complications from irradiation of carcinoma of the uterine cervix. *Acta Radiol. Oncol.* 1980; 19:13.
2. Allen-Mersh T., Wilson E., Hope-Stone H., Mann C. The management of late radiation induced rectal injury after treatment of carcinoma of the uterus. *Surgery, Gynecology & Obstetrics.* 1987; 164:521-524.
3. Arnold M., Aguilar P., Stewart W. Vaginography: an easy and safe technique for diagnosis of colovaginal fistulas. *Dis. Colon Rectum* 1990; 33:344-345.
4. Bandy L., Addison A., Parker R. Surgical management of rectovaginal fistulas in Crohn's disease. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1983; 147:359-363.
5. Beecham C. Recurring rectovaginal fistulas. *Obstetrics and Gynecology.* 1972; 40:323-326.
6. Belt R., Belt R. Repair of anorectal vaginal fistula utilizing segmental advancement of the internal sphincter muscle. *Dis. Colon Rectum.* 1969; 12:99.
7. Bentley R. Abdominal repair of high rectovaginal fistula. *J. Obstet. Gynecol.* 1973; 80:364.
8. Bricker E., Kraybill W., López M. Combined reconstruction of the rectum and vagina following irradiation and surgical treatment for clear cell carcinoma. *Surgery, Gynecology & Obstetrics.* 1984; 159:166-170.
9. Bricker E., Johnston W. Repair of postirradiation rectovaginal fistula and stricture. *Surgery, Gynecology & Obstetrics.* 1979; 148:499-506.
10. Carey J. A new method of diagnosing rectovaginal fistula. A case report. *The Journal of Reproductive Medicine.* 1988; 33:789-790.
11. Cooper R. Vaginography: a presentation of new cases and subject review. *Radiology.* 1982; 143:421-5.
12. Corman M. Anal incontinence following obstetrical injury. *Dis. Colon Rectum.* 1985; 28:86-9.
13. DeDombal F., Watts J., Watkinson G. Incidence and management of anorectal abscess, fistula and fissure in patients with ulcerative colitis. *Dis. Colon Rectum.* 1966; 9:201.
14. Daniels B. Rectovaginal fistula: a clinical and pathological study. Thesis, University of Minnesota Graduate School, 1949.
15. Elkins T., DeLancey J., McGuire E. The use of modified Martius graft as an adjunctive technique in vesicovaginal and rectovaginal fistula repair. *Obstet. Gynecology.* 1990; 75:727-733.
16. Faulconer H., Muldoon J. Rectovaginal fistula in patient with colitis: review and report of a case. *Dis. Colon Rectum.* 1975; 18:413.
17. Fazio V., Jones I., Jagelman D. The use of transanal rectal advancement flaps in the management of fistulas involving the anorectum. *Dis. Colon Rectum.* 1987; 30:919-923.
18. Given F. Rectovaginal fistula. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1970; 108:41-6.

19. Goldaber K., Wendel P., McIntire D., Wendel G. Postpartum perineal morbidity after fourth degree perineal repair. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1993; 168:489-493.
20. Goligher J. Other forms of colitis, proctitis and ulceration-irradiation proctitis and enteritis. In *Surgery of the Anus, Rectum and Colon* Ed. 4 London. 1980; 871.
21. Gonzalez J. *Atlas de operaciones ginecológicas.* 1984.
22. Gorenstein L., Boyd J., Ross T. Gracilis muscle repair of recto vaginal fistula after restorative proctocolectomy. Report of two cases. *Dis Colon Rectum.* 1988; 31:730-734.
23. Graham J. Vaginal fistulas following radiotherapy. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1965; 120:1019.
24. Greenwald J., Hoexter B. Repair of rectovaginal fistulas. *Surgery, Gynecology & Obstetrics.* 1978; 146:443-5.
25. Hauth J., Gilstrap L., Ward S., Hankins G. Early repair of an external sphincter ani muscle and rectal mucosal dehiscence. *Obstet. Gynecol.* 1986; 67:806-9.
26. Hibbard L. Surgical management of rectovaginal fistulas and complete perineal tears. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1978; 130:139-141.
27. Hoexter B., Labow S., Moseson M. Transanal rectovaginal fistula repair. *Dis. Colon Rectum.* 1985; 28:572-5.
28. Hudson C. Rectovaginal and other fistulae between the intestine and genital tract. *Operative Surgery.* 1977.
29. Kaser, Ikle, Hirsh. *Atlas de operaciones ginecológicas.* 1986.
30. Kelemen Z., Lehoczyk G. Closure of severe vesico-vagino-rectal fistulas using Lehoczyk's island flap. *British Journal of Urology.* 1987; 59:153-5.
31. Laird D. Procedures used in treatment of complicated fistulas. *Am. J. Of Surgery* 1948; 701-8.
32. Lawson J. Rectovaginal fistulae following difficult labour. *Proc. R. Soc. Med.* 1972; 65:283.
33. Lee S., Cheah D., Poopalarachagan S., Sivanesaratnam V. Total perineal reconstruction after major obstetrical injuries with extensive tissue loss: a report of 2 cases. *Aust. NZ J. Obstet. Gynaecol.* 1991; 31:372-5.
34. Lescher T., Pratt J. Vaginal repair of the simple rectovaginal fistula. *Surgery, Gynecology & Obstetrics.* 1967; 124:1317-21.
35. Linke C., Kinke C. Worden A. Bladder and urethral injuries following prolonged labor. *J. Urol.* 1971; 5:679.
36. Lock M., Katz D., Samoorian S. Giant condyloma of the rectum: report of a case. *Dis Colon Rectum.* 1977; 20:154.
37. Lopez M., Kraybill W., Johnston W., Bricker E. Postirradiation reconstruction of the rectum in a male. *Surgery, Gynecology & Obstetrics.* 1982; 155:67-71.
38. Lowy A., Thorson A., Rothenberger D., Goldberg S. Repair of simple rectovaginal fistulas. Influence of previous repairs. *Dis. Colon Rectum.* 1988; 31:676-8.
39. Markham N., Watson G., Lock M. Rectovaginal fistulae after ileoanal puches. *The Lancet.* 1991; 337:1295-6.
40. Martius H. *Operaciones ginecológicas.* Ed. Labor, España. 1964.
41. Mattingly R. Anal incontinence and rectovaginal fistulas. *Te Linde Operative Gynecology.* EU. 1977.
42. Menaker G. The use of antibiotics in surgical treatment of the

- colon. Surgery, Gynecology & Obstetrics. 1987; 164:581-6.
43. Mengert W., Fish S. Anterior rectal wall advancement. technic for repair of complete perineal laceration and rectovaginal fistula. Obstet. Gynecol. 1955; 5:262.
 44. Molina A. Fistuloplastia con asa sigmoidea. Ginecologia y Obstetricia de México. 1977; 42:199-206.
 45. Morrison J., Gathright B., Ray J., Ferrari B., Hicks T., Timmcke A. Results of operation for rectovaginal fistula in Crohn's Disease. Dis Colon Rectum. 1989; 32:497-9.
 46. Nichols D., Milley P. Surgical significance of the rectovaginal septum. Am. J. Obstet. Gynecol. 1970; 108:215-220.
 47. Nichols D., Randall C. Vaginal surgery. 3 Ed. EU. 1989.
 48. Patel D., Rajendra S., Nichols J. An unusual complication of rectovaginal fistula: report of a case. Dis. Colon Rectum. 1974; 17:246.
 49. Pepe F., Panella M., Arikian S., Panella P., Pepe G. Low rectovaginal fistulas. Aust. NZ Obstet. Gynaecol. 1987; 27:61-3.
 50. Rock J., Woodruff J. Surgical correction of a rectovaginal fistula. Int. J. Gynaecol. Obstet. 1982; 20:413-6.
 51. Rosenshein N., Genadry R., Woodruff J. An anatomic classification of rectovaginal septal defects. Am. J. Obstet. Gynecol. 1980; 137:439-442.
 52. Rothenberger D., Goldberg S. Tratamiento de fistulas rectovaginales. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. 1983; 63:61-79.
 53. Rothenberger D., Christensen C., Balcos E., Schottler J., Nemer F., Nivatvongs S., Goldberg S. Endorectal advancement flap for treatment of simple rectovaginal fistula. Dis Colon Rectum. 1982; 25:297-300.
 54. Russell T., Gallagher D. Low rectovaginal fistulas: approach and treatment. Am. J. Surg. 1977; 134:13.
 55. Santulli T. Rectum and anus. Pediatric surgery. USA. 1962.
 56. Steichen F., Barber H., Loubeau J., Iraci J. Bricker-Johnston sigmoid colon graft for repair of postradiation rectovaginal fistula and stricture performed with mechanical sutures. Dis Colon rectum. 1992; 35:599-603.
 57. Stern H., Gamliel Z., Ross T., Dreznik Z. Rectovaginal fistula: initial experience. Can. J. Surgery. 1988; 31:359-362.
 58. Tancer M., Lasser D., Rosenblum N. Rectovaginal fistula or perineal and anal sphincter disruption, or both, after vaginal delivery. Surgery, Gynecology & Obstetrics. 1990; 171:43-46.
 59. Tuxen P., Castro A. Rectovaginal fistula in Crohn's disease. Dis Colon Rectum. 1979; 22:58.
 60. Van Nagell J., Parker J., et al. Bladder or rectal injury following radiation therapy for cervical cancer. Am. J. Obstet. Gynecology. 1974; 119:727.
 61. White A., Buchsbaum H., Blythe J., Lifshitz S. Use of the bulbo cavernosus muscle (Martius procedure) for repair of radiation induced rectovaginal fistulas. Obstet. Gynecol. 1982; 60:114-8.
 62. Wise W., Aguilar P. Surgical treatment of low rectovaginal fistulas. Dis. Colon Rectum. 1991; 34:271-4.
 63. Wiskind A., Thompson J. Transverse transperineal repair of rectovaginal fistulas in the lower vagina. Am. J. Obstet. Gynecol. 1992; 167:694-9.
 64. Wolfson J. Vaginography for demonstration of ureterovaginal, vesicovaginal and rectovaginal fistulas, with case reports. Radiology. 1964; 83:438-441.
 65. York-Mason A. A transphincteric approach to rectal ision. Surg.

Ann. 1977; 9:171.

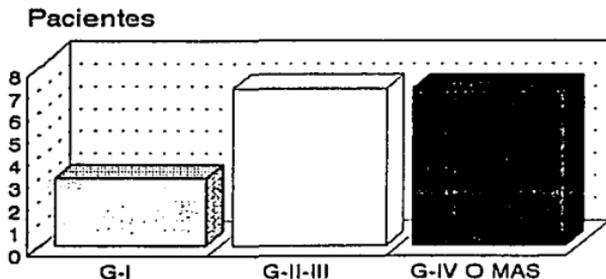
FISTULAS RECTOVAGINALES
SERVICIO DE UROGINECOLOGIA, AÑOS 1987-1993
EDAD



Gráfica nº 1

Nº DE PACIENTES: 17

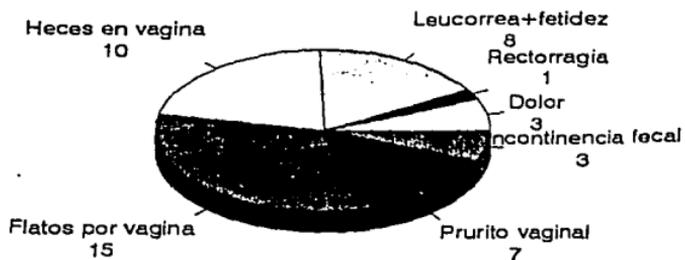
FISTULAS RECTOVAGINALES
SERVICIO DE UROGINECOLOGIA, AÑOS 1987-1993
GESTACIONES



Gráfica nº 2

Nº DE PACIENTES: 17

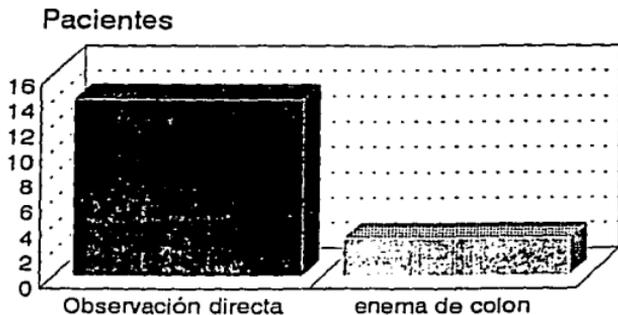
FISTULAS RECTOVAGINALES
SERVICIO DE UROGINECOLOGIA, AÑOS 1987-1993
SINTOMAS



Nº DE PACIENTES: 17

Gráfica nº 3

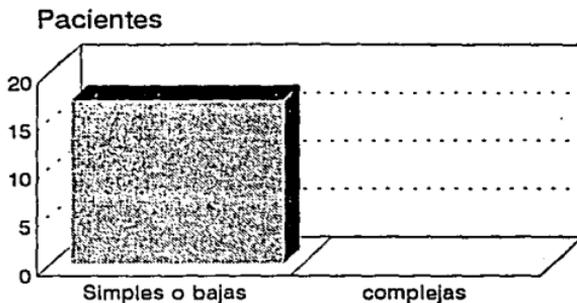
FISTULAS RECTOVAGINALES
SERVICIO DE UROGINECOLOGIA, AÑOS 1987-1993
PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO



Nº DE PACIENTES: 17

Gráfica nº 4

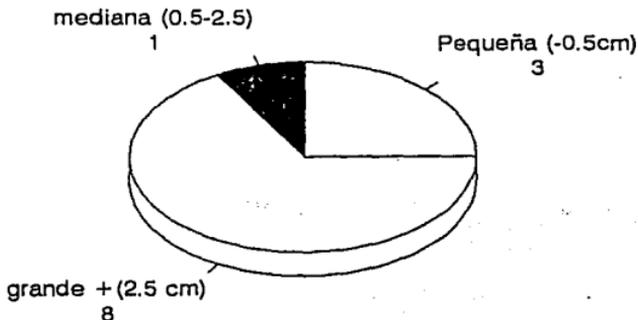
FISTULAS RECTOVAGINALES
SERVICIO DE UROGINECOLOGIA, AÑOS 1987-1993
NIVEL DE LA FISTULA .



Nº DE PACIENTES: 17

Gráfica nº 5

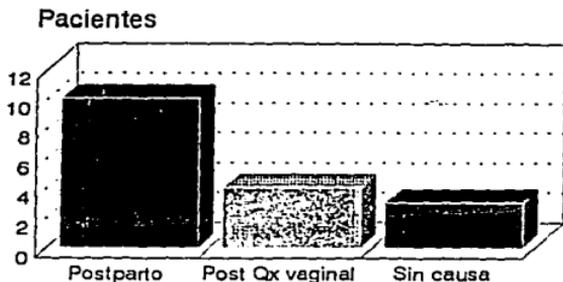
FISTULAS RECTOVAGINALES
SERVICIO DE UROGINECOLOGIA, AÑOS 1987-1993
TAMAÑO DE LA FISTULA



Nº DE PACIENTES: 17

Gráfica nº 6

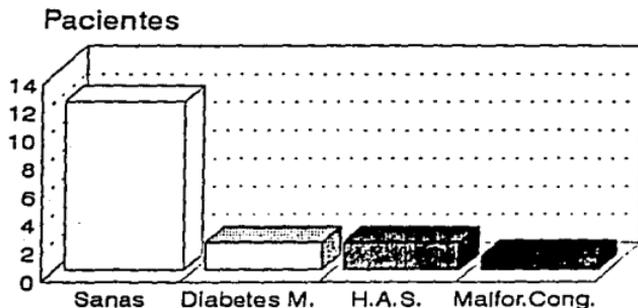
FISTULAS RECTOVAGINALES
SERVICIO DE UROGINECOLOGIA, AÑOS 1987-1993
PROBABLE ETIOLOGIA



Gráfica nº 7

Nº DE PACIENTES: 17

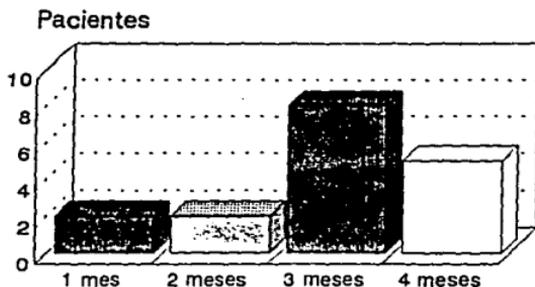
FISTULAS RECTOVAGINALES
SERVICIO DE UROGINECOLOGIA, AÑOS 1987-1993
ENFERMEDADES ASOCIADAS



Gráfica nº 8

Nº DE PACIENTES: 17

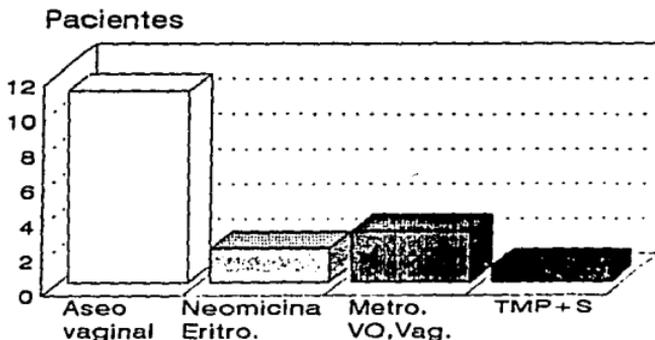
FISTULAS RECTOVAGINALES
SERVICIO DE UROGINECOLOGIA, AÑOS 1987-1993
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO



Nº DE PACIENTES: 17

Gráfica nº 9

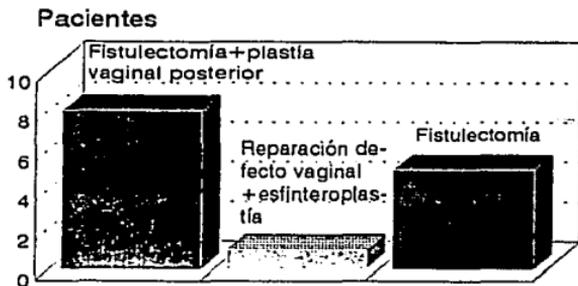
FISTULAS RECTOVAGINALES
SERVICIO DE UROGINECOLOGIA, AÑOS 1987-1993
MANEJO PREOPERATORIO



Nº DE PACIENTES: 17

Gráfica nº 10

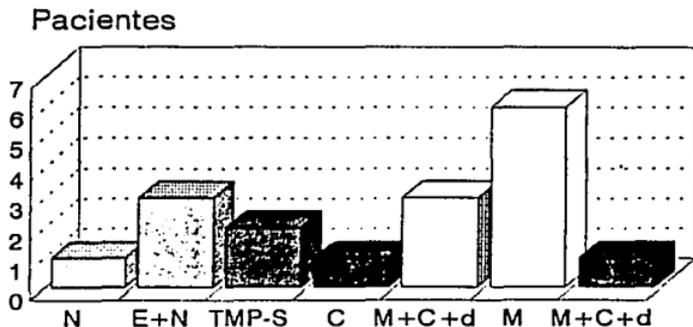
FISTULAS RECTOVAGINALES
SERVICIO DE UROGINECOLOGIA, AÑOS 1987-1993
CIRUGIA REALIZADA



Gráfica nº 11

Nº DE PACIENTES: 17

FISTULAS RECTOVAGINALES
SERVICIO DE UROGINECOLOGIA, AÑOS 1987-1993
MANEJO POSTOPERATORIO

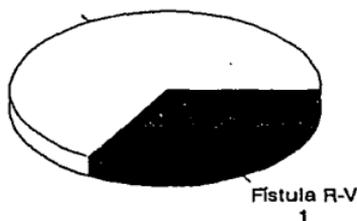


Gráfica nº 12

Nº DE PACIENTES: 17

FISTULAS RECTOVAGINALES
SERVICIO DE UROGINECOLOGIA, AÑOS 1987-1993
RECIDIVAS DE FISTULA

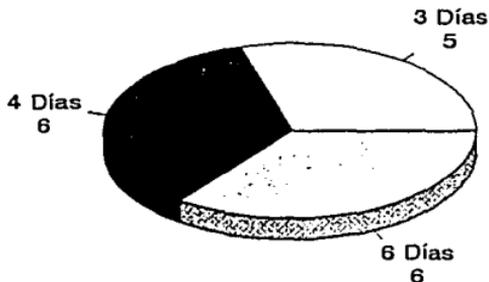
Desgarro perineal
2



Gráfica nº 13

Nº DE PACIENTES: 17

FISTULAS RECTOVAGINALES
SERVICIO DE UROGINECOLOGIA, AÑOS 1987-1993
DIAS DE HOSPITALIZACION



Gráfica nº 14

Nº DE PACIENTES: 17